

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 149

DES
TROUBLES OCULAIRES DE LA FEMME

NON DIATHÉSIQUES

Coïncidant avec les Troubles de la Menstruation et la Ménopause

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN PIGNOD

Né le 1^{er} août 1875, à Virieu-le-Grand



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 149

DES
TROUBLES OCULAIRES DE LA FEMME
NON DIATHÉSIQUES

Coïncidant avec les Troubles de la Menstruation et la Ménopause

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Juillet 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN PIGNOD

Né le 1^{er} août 1875, à Virieu-le-Grand



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
	OLLIER.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
	FOCHIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	GAYET.
Clinique ophtalmologique	GAILLETON.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.	PIERRET.
Clinique des Maladies mentales	MONOYER.
Physique médicale.	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique	CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie	FLORENCE.
Matière médicale et Botanique	LORTET.
Parasitologie.	TESTUT.
Anatomie	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie.	MORAT.
Physiologie	TEISSIER.
Pathologie interne.	AUGAGNEUR.
Pathologie externe.	MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TRAPIER.
Anatomie pathologique.	POLLOSSON (M.).
Médecine opératoire.	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT.
Hygiène	SOULIER.
Thérapeutique	CROLAS.
Pharmacie.	

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	M. LAROYENNE
--	--------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL, agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS. —
Accouchements	POLLOSSON (A.). —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE. Président ; M. GANGOLPHE Assesseur ;
MM. SIRAUD et DURAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de L. on déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

INTRODUCTION

On trouve les troubles de la menstruation notés à l'étiologie de certaines affections oculaires (Conjonctivite lymphatique, sclérite, irido-choroïdite, névrite optique). Cette relation morbide de l'appareil de la vision avec l'appareil génital de la femme, que déniche l'observation clinique, est plus particulièrement indiquée et démontrée dans de nombreuses publications et thèses.

Notre intention n'est pas de reprendre un travail d'ensemble ⁽¹⁾ fait déjà en 1892 (thèse de Janot Montpellier) sur les troubles oculaires coïncidant avec la menstruation normale et anormale, les affections utérines, la grossesse, l'éclampsie et la puerpéralité. Si intéressant que soit ce travail de synthèse, il ne le serait réellement que par les discussions pathogéniques qu'il impliquerait. Plus limité et moins prétentieux est notre cadre. Ce cas l'explique :

Une religieuse, âgée de 47 ans, se présente à la

(1) A laquelle nous renvoyons pour les observations simplement citées.

clinique du D^r Coronat. Elle arrive, dit-elle, pour une conjonctivite capricieuse, ayant apparu depuis quelque temps, procédant par poussées à certaines époques, s'accusant par des sensations de tension, un affaiblissement de la vue consécutif, sans rougeur marquée du globe oculaire. Or elle avait une iritis et présentait en même temps des signes de la ménopause. Nous relatons succinctement cette coïncidence chez une femme nullement diathésique et à laquelle on peut refuser un passé gynécologique infectieux ; le caractère clinique de son affection, enfin l'importance pratique qu'il y avait à ne pas prendre, comme cela avait été fait, une iritis pour une conjonctivite et à substituer un traitement rationnel à un collyre de cocaïne aléatoire.

En effet, aux différentes phases de l'évolution génitale : établissement de la menstruation, cours de la menstruation, ménopause, on a vu apparaître des accidents oculaires, lesquels en subissaient, en quelque sorte, les fluctuations. Dans la plupart de ces cas, le trouble menstruel ou l'affection utéro-ovarienne joue le rôle de cause occasionnelle, une diathèse le rôle de terrain, l'œil celui d'organe en état de « moindre résistance ».

Dans le deuxième groupe, la diathèse manque, la même relation existe et la cause occasionnelle semble devenir ici cause efficiente. C'est affaire de discussion au chapitre de la pathogénie.

Il nous faut donc, dans un premier chapitre, résumer les observations du premier groupe et ce qui a été dit.

Dans un deuxième chapitre, nous nous étendrons plus spécialement sur les cas qui font l'objet de notre thèse et sur les observations antérieures qui s'y rapportent.

Nous ferons ensuite un chapitre particulier de pathogénie, de diagnostic et de traitement.

Telle est la raison et le plan de notre travail.

Mais, avant de commencer notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres de l'Ecole de Lyon.

Dans le service hospitalier que les circonstances et notre goût nous ont appelé à remplir, nous avons pu profiter de l'enseignement clinique de M. Lyonnet, médecin des Hôpitaux; de M. le professeur agrégé Collet, de M. le professeur agrégé Condamin et de M. Repelin, chef de clinique dans le service de M. le professeur Laroyenne, de M. Martel, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de St-Etienne; qu'ils reçoivent ici l'assurance de notre gratitude.

Ça été un bonheur pour nous d'avoir suivi le service de M. le Dr Mouisset, à l'hôpital St-Pothin. Nous y avons recueilli de précieux souvenirs cliniques.

Nous ne savons, enfin, comment remercier M. le Dr Coronat, pour l'enseignement amical qu'il nous a largement donné à sa clinique, pour les conseils précieux dont nous avons eu besoin pour la rédaction de notre travail et dont nous lui devons l'idée.

C'est un honneur pour nous d'avoir M. le professeur Laroyenne comme président de thèse, M. le professeur agrégé Rollet comme juge.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

Dans cette courte monographie, il nous paraît plus simple d'indiquer dans leur ordre chronologique les observations publiées soit dans les thèses, soit dans les travaux originaux, que de les ranger sous une appellation nosologique d'ophtalmologie ou de gynécologie.

En 1878, Lerat signale un cas d'iritis avec trouble du vitré et hémorrhagie rétinienne apparaissant chez une femme de 26 ans, lymphatique, aménorrhéique, et dont les poussées sont particulièrement intenses, lorsque les règles sont moins abondantes et plus douloureuses. Gaudron signale un cas de double irido-choroïdite avec synéchies postérieures multiples chez une jeune fille de 18 ans, pubère et lymphatique. On la traite suivant les deux indications. L'état de la vision s'améliore en même temps que les règles deviennent plus abondantes, sans jamais acquérir son état primitif.

Dehenne publie, dans les *Annales de Gynécologie* (1879), l'observation d'une dame B..., âgée de

56 ans. Ancienne iritis rhumatismale, il y a deux ans. Diagnostic de l'affection actuelle : irido-choroïdite, dont les premières douleurs ont paru, il y a huit jours, avec l'époque menstruelle qui, pour la première fois, n'a pas abouti. Deux iridectomies sont pratiquées, à un court intervalle de temps, à cause d'accidents aigus en concordance absolue avec l'époque menstruelle. Bon résultat. Précautions hygiéniques.

Dans la thèse de Oursel (1886)⁽¹⁾, nous trouvons un cas de conjonctivite phlycténulaire apparaissant chez une jeune fille de 17 ans, lymphatique et aménorrhéique. Traitement suivant ces deux indications. Les règles réapparaissent et plus rien du côté des yeux ; l'observation de Mlle L. . . , 28 ans, rhumatismante et dysménorrhéique. O. G. foyer de choroïdite aréolaire avec dépigmentation. Au moment de ses règles tout travail appliqué devient impossible avec O. G. et elle souffre en même temps de douleurs ciliaires, de photophobie et de blépharospasme.

Puech (1882)⁽²⁾ réunit six observations de troubles oculaires diathésiques (rhumatisme, syphilis) qui semblent avoir attendu la première apparition des menstrues pour éclater et avec le cachet particulier de cette diathèse (kératite interstitielle, iritis, choroï-

(1) OURSEL LÉON. — Contribution à l'étude des affections oculaires dans les troubles de la menstruation (Thèse Paris, 1885).

(2) Influence de l'établissement de la menstruation sur l'apparition d'accidents oculaires, en particulier chez les diathésiques (*Arch. Ophtalm.*, 1889).

dite avec hémorrhagies). Deux autres cas d'iritis compliquent des menstrues irrégulières.

Chevallereau ⁽¹⁾ (1890) publie une observation d'hémianopsie consécutive à des hémorrhagies utérines.

Dans la thèse de Gendron ⁽²⁾, même année, nous trouvons l'observation d'une femme rhumatisante, à l'âge de la ménopause, dont les troubles visuels (choroïdite exsudative) augmentent en même temps qu'apparaissent les douleurs et coliques précurseurs des règles. Ils s'améliorent avec l'écoulement sanguin.

Trouble mensuel et diathèse participent dans tous ces cas; celle-ci surprend l'organisme en état de lutte pour établir sa fonction sexuelle, celui-là est le coup de fouet qui réveille les manifestations diathésiques.

De plus, Gendron regarde déjà l'utérus comme pouvant servir de porte d'entrée à l'infection, non-seulement pour les métastases, mais encore dans les manifestations de l'œil, qui accompagnent les lésions inflammatoires ou les divers changements d'état de l'appareil génital.

La théorie de l'infection entre décidément en scène avec l'irido-choroïdite cataméniale de Trousseau ⁽³⁾ (1890), dont la pathogénie est plus particulière.

(1) CHEVALLEREAU. — Sur l'hémianopsie consécutive à des hémorrhagies utérines (*France Médicale*, 23 mai 1890).

(2) GENDRON (Emile). — Etude sur quelques cas d'affections oculaires d'origine utérine. (Thèse Paris 1890).

(3) TROUSSEAU. — Soc. franç. d'Ophthalmologie, juin 1890.

ment affirmée dans le cas d'iritis métritique de de Wecker ⁽¹⁾ (1891).

Pareils faits sont confirmés par le cas d'irido-choroïdite plastique avec poussées menstruelles de Vignes et Batuaud ⁽²⁾. (1896).

En 1897, Panas ⁽³⁾, dans son rapport sur l'auto-infection oculaire, admet l'origine infectieuse de certaines affections oculaires : embolie septique pour l'ophtalmie métastatique ; intoxication microbienne venue d'organes plus éloignés pour les autres, sans qu'on ait à incriminer l'influence du terrain.

Mazet ⁽⁴⁾ (1898), publie deux observations venant à l'appui de cette idée, et où l'infection interne est la seule cause qu'on puisse invoquer.

En résumé, l'infection génitale, infection souvent surajoutée à une diathèse, peut être invoquée dans la pathogénie de certaines affections inflammatoires de l'œil chez la femme. Conséquence et preuve en dérivant : influence évidente sur les manifestations oculaires secondaires, des méthodes qui assurent l'asepsie du premier foyer, source d'infection.

(1) DE WECKER. — Iritis métritique (*Semaine Méd.*, avril 1891).

(2) VIGNES et BATUAUD. — Communic. à l'Académie de Médecine, juin 1896.

(3) PANAS. — Le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires. Rapport au Congrès d'ophtalmogé, mai 1897.

(4) MAZET. — Iritis métritique (*Annales d'Oculistique*, novembre 1898).

CHAPITRE II

§ I. — Etablissement de la menstruation.

D'une façon générale, on peut dire, avec Finckelstein, que le champ visuel est retréci dans la menstruation normale ; avec Cohn, qu'il l'est dans la menstruation anormale. La kérato-conjonctivite subit quelquefois des poussées parallèles plus ou moins intenses (Obs. de Lerat), de même qu'il peut se produire des poussées d'herpès ou d'acnée.

Par mécanisme de compensation ou autrement, on a pu voir de la papillite aiguë avec hémorrhagies périphériques de la rétine (Leber cité *in* Cohn).

Ces phénomènes n'accusent aucun caractère particulier de gravité. Mais l'organisme féminin, durant une période de vie génitale, assurant la double existence de l'individu et de l'espèce (accumulation de réserves nutritives en prévoyance continue d'une grossesse possible, utilisation de ces derniers ou dérivation par la menstruation, sorte de « soupape de sûreté » (Pozzi), toute rupture d'équilibre de cette

dualité, nous permet de prévoir déjà que des troubles plus accusés pourront naître à son occasion.

De fait, au moment de la puberté, entre la kératite panneuse et pustuleuse (Obs. de Mooren et de Oursel), l'hémorrhagie du corps vitré (Obs. de Dor), qui peut être regardée comme hémorrhagie supplémentaire, on a vu des lésions des membranes profondes. Quoique les observations de ce genre, sans association diathésique, soient peu nombreuses, quelques-unes ne laissent aucun doute à cet égard. C'est une jeune fille observée par Puech, qui a un obscurcissement subit de la vue avant la première apparition de ses règles. Celles-ci s'accompagnent de fortes coliques et de malaises qui nécessitent l'alitement. Puis, aux phénomènes généraux disparus, succède une cécité presque complète. A l'examen : décollement de la rétine de l'œil gauche.

Puech et Galezowski ont vu des plaques de choroïdite atrophique disséminées au voisinage de la macula dont les premières manifestations subjectives : taches noires s'interposant, ou brouillard épais, remontent aux premières pertes de sang. La malade de Galezowski, qui était âgée de 21 ans, n'avait été réglée qu'à 17 et, depuis, irrégulièrement.

Ni syphilitique, ni rhumatisante, la jeune fille de 15 ans, observée par Oursel. Réglée une seule fois, au mois de décembre 1883, elle éprouve, un mois après, des maux de tête, ses époques ne viennent pas, sa vue baisse progressivement. Vue le 15 février 1884, son acuité visuelle a considérablement diminué et l'examen ophtalmoscopique révèle un névrite

optique double. On attire le sang vers les organes sexuels par des moyens appropriés. Les règles réapparaissent. Huit jours après la malade est revue, son acuité visuelle est normale.

La guérison s'est maintenue.

On observe aussi l'iritis, mais avec une marche et une forme insidieuses.

OBSERVATION I

(Communiquée par le docteur Coronat.)

Mlle X..., 16 ans. Iritis de l'œil droit, se manifestant par de la rougeur périkératique discrète, des adhérences de l'iris mais pas ou très peu de phénomènes douloureux.

Cette jeune fille se présente à nous se plaignant d'une conjonctivite (diagnostic du médecin) qui persiste depuis quelques jours.

Déjà, les deux mois derniers, les mêmes phénomènes s'étaient produits une fois sur l'œil gauche et une fois sur l'œil droit. La rougeur n'avait duré que quelques jours et avait cédé à quelques lavages boriqués.

Aujourd'hui, l'œil gauche a une très fine adhérence de l'iris au cristallin, mais n'a pas rougi.

Pas de maladies antérieures, si ce n'est les affections banales de l'enfance. Ses parents et frères sont bien portants.

Mais la jeune fille est très mal réglée.

Première apparition à 14 ans ; depuis elle a eu ses règles 4 ou 5 fois seulement ; depuis 4 mois elle n'a rien eu.

Atropine. — Bains de sièges chauds. Exercice.

Les adhérences cèdent à l'atropine ; en quelques jours la rougeur disparaît.

Le mois suivant les règles apparaissent, et il n'y a pas eu d'iritis. Décembre 1899.

La malade est en observation.

§. — Cours de la Menstruation.

La menstruation se compose de deux temps : l'ovulation spontanée et la perte de sang. Ces deux phénomènes ne sont point absolument solidaires. Leur pathogénie est encore discutée, mais on peut dire, qu'en clinique, l'écoulement sanguin est le seul qu'on puisse contrôler, et intéressant à ce point de vue. C'est, en effet, au moment des époques que la femme porteuse d'annexites accuse les symptômes les plus douloureux. Règles peu abondantes, irrégulières, abondantes ou supprimées accompagnées du molimen menstruel ordinaire, sont les manifestations symptomatiques que nous trouvons en coïncidence avec les troubles sensoriels, et de l'œil en particulier. Il n'y a pas, là, le cortège douloureux de l'infection retentissant sur les plexus : douleurs lombo-abdominales s'irradiant dans les cuisses, obligeant la femme à se tenir plus ou moins courbée et lui donnant une attitude caractéristique. Donc, en l'absence de diathèse et de lésions inflammatoires, l'observation clinique nous apprend que l'étiologie insidieuse demande à être recherchée, et cela apparaît plus évidemment encore dans les observations d'irido-choroïdites.

Du côté de la cornée, Ranschoff (*in* Cohn, trad. *in* thèse Janot) a noté chez une femme de 28 ans dysménorrhéique, des infiltrations, puis vésicules de la cornée se produisant durant les fortes douleurs de la menstruation et disparaissant quelques jours après. Daguenet cite un cas semblable, après une brusque disparition des règles, chez une femme de 27 ans « ayant tous les attributs de la plus brillante santé ».

L'iritis séreuse, souvent avec extension du côté de la choroïde, est de toute les affections la plus fréquente et semble revêtir chaque fois le même type. Nous en trouvons sept observations réunies dans la thèse de Janot (Obs. de Lerat, Kay, Noblot, Oursel, Thaon), chez des femmes dont la menstruation se fait mal ou est supprimée. Une de Oursel, entre autres, une iritis double s'accompagne d'hémorragie à répétition dans les chambres antérieures au moment des époques menstruelles. L'histoire n'en est guère plus bruyante que la suivante de Tillais.

OBSERVATION II

(Thèse de PICHAT.)

Mlle M..., 28 ans, couturière. Son affection a débuté, le 10 mars, pendant une période menstruelle. Elle n'avait d'abord pas attaché d'importance à ce mal d'yeux qu'elle avait éprouvé plusieurs fois à l'époque cataméniale. L'œil était atteint d'iritis simple présentant une synéchie en haut et en bas. L'humeur aqueuse était trouble et la conjonctive légèrement hyperhémiee. Le 15 mars, les douleurs, qui

avaient été jusqu'alors insignifiantes, s'accrochèrent pendant la nuit, et je constatais, le lendemain, en même temps qu'une forte injection périkeratique, un épanchement de sang dans la chambre antérieure. Cinq jours après il était résorbé.

Huit jours se passèrent. Il se reproduit en plus grande abondance. Résolution dure 8 jours. Ni syphilis, ni rhumatisme, mais hémophilie.

Dans cette observation les symptômes inflammatoires sont modérés. La douleur a attiré l'attention par sa répétition. Et si l'hémophilie de la malade s'accroît par une complication, en somme bénigne, le caractère particulier de l'affection apparaît dans ce léger trouble de l'humeur aqueuse sans hypopyon, la douleur et l'injection périkeratique faibles, les adhérences cédant facilement.

OBSERVATION III

(Communiqué par le Dr CORONAT.)

Octobre 1898. Mme X... 29 ans, femme de la campagne se présente avec :

O. D. — Injection périkeratique forte, adhérences nombreuses décelées par l'atropine ; troubles du vitré.

Photophobie. Douleurs insignifiantes.

O. G. — Injection périkeratique très faible ; adhérences que l'atropine fait lâcher.

Cette poussée inflammatoire est la seconde depuis deux mois.

La première, qui a atteint l'œil droit seulement, a coïncidé avec les règles et a cédé, quelques jours après, sans qu'un traitement ait été institué, si ce n'est des lavages à l'eau boriquée prescrits par le médecin, qui avait pris l'affection

pour une conjonctivite. L'affection, cette fois, a suivi les règles, à quelques jours d'intervalle, et persiste malgré que les règles aient pris fin depuis trois jours.

Pas de rhumatisme, pas de syphilis ou, du moins, dans le passé de la malade rien ne peut faire penser à cette diathèse. Pas de maladie antérieure. La malade est un peu abattue.

Elle raconte qu'elle a toujours été bien réglée, qu'elle se portait bien, jusqu'à il y a 4 ou 5 mois. A cette époque, elle a commencé à avoir des pesanteurs du ventre, qui étaient beaucoup plus fortes au moment des règles, qui sont devenues excessivement abondantes et duraient près de huit jours.

Nous instituons un traitement à l'atropine et conseillons à la malade de se faire examiner par son médecin, afin de suivre un traitement approprié à son état général.

Un mois après nous la revoyons considérablement anémiée. L'iritis, après avoir pris fin rapidement, sous l'influence de l'atropine, est revenue avec les règles nouvelles.

Nous faisons entrer la malade à l'hôpital de la Charité où l'on découvre :

1° Une déviation de l'utérus.

2° Un rein flottant.

On fait mettre un pessaire à la malade. On lui ordonne le port d'une ceinture et le repos au lit au moment des règles.

Depuis cette époque la malade n'a jamais plus eu des hémorrhagies aussi considérables et jamais plus d'iritis, sauf une fois, mais l'atteinte a été légère. L'état général est redevenu très bon. Cette malade n'avait eu aucune affection infectieuse de l'utérus. Elle avait eu trois grossesses normales avant les accidents précédents.

Dans cette observation la déviation utérine, rétroversion, provoquait des ménorrhagies qui avaient retenti d'une façon fâcheuse sur son état général et sur l'état de ses yeux en particulier.

La choroïde est aussi fréquemment atteinte.

Les symptômes contemporains n'en sont pas bruyants. Ce sont surtout les troubles visuels qui attirent l'attention du malade, après une fatigue ou lorsqu'il veut faire un travail minutieux. Oursel a publié deux observations de choréïdite, corroborant cette idée. Nous reproduisons la suivante de Galezowski.

OBSERVATION IV

(GALEZOWSKI.)

Mme X..., âgée de 30 ans, demeurant à Paris, vint me consulter, le 16 janvier 1868, pour un affaiblissement des deux yeux; l'œil gauche était malade depuis deux ans, et l'œil droit depuis un an. Depuis le début de sa maladie, elle n'a cessé de se soigner sous la direction d'un oculiste de Paris, mais sans aucune amélioration. Mon examen m'a permis de constater une choréïdite atrophique disséminée gauche, avec flocon du corps vitré, et une choréïdite moins développée dans l'œil droit.

La vue était affaiblie au point que, de l'œil gauche, elle lisait à peine le n° 7 de l'échelle typographique et de l'œil droit le n° 2. Les renseignements que j'ai pu recueillir sur les antécédents de la malade m'ont permis de rapporter la cause de la maladie à une suppression brusque des règles. En effet, depuis deux ans la malade est à peine réglée, tandis qu'au-paravant le flux menstruel était des plus abondants et venait très régulièrement.

Prenant en considération cette cause, j'ai conseillé à la malade de s'appliquer à la fin de chaque époque menstruelle de deux à quatre sangsues à la partie supérieure et externe des cuisses. Ce traitement et quelques moyens topiques ont été appliqués assez exactement par la malade pendant plu-

sieurs mois consécutifs et le résultat satisfaisant a été le fruit de ce traitement. Déjà, le 12 mai, j'ai pu constater que la malade pouvait lire, quoique difficilement, de l'œil gauche, le n° 2 de l'échelle, et le n° 1 de l'œil droit. Les règles sont devenues plus abondantes et plus régulières.

Nous ne parlerons pas des sièges curieux où des hémorrhagies supplémentaires ont pu se faire. La brusque disparition des règles, sous l'influence du froid ou d'une vive émotion, a pu provoquer des hémorrhagies rétinienne, en flammèches ou en nappe, ordinairement mono-oculaires (Obs. de Lerat, 2 Obs. de Oursel) sans qu'il n'y ait rien au cœur, ni dans les urines. Elles se traduisent vite par des scotomes, scotomes centraux, l'hémorrhagie affectant plus particulièrement le voisinage de la macula, ou de l'amblyopie. Le décollement rétinien peut même se produire (Obs. de Pargoire, de Pflüger). Que la tonicité des vaisseaux rétiniens soit plus grande, ou que ce soit simplement de la dysménorrhée, c'est de la congestion rétinienne. C'est ce qui apparaît dans l'observation de Oursel.

OBSERVATION V (Résumée.)

(OURSSEL)

Mlle L..., 14 ans. Pas d'antécédents. Règles très irrégulières et pénibles depuis qu'elles ont apparu, il y a un an.

Se plaint d'obnubilations passagères de la vue, avec phobie et maux de tête, apparaissant invariablement au

commencement de l'époque menstruelle et disparaissant après.

Actuellement, elle se trouve dans une époque menstruelle, à l'examen, acuité visuelle normale pour O. D. G. Champ visuel normal. A l'ophtalmoscope, veines gonflées et tortueuses. Pulsations très marquées et très nettes des artères rétiniennes.

Traitement général par hydrothérapie et marche ; révulsifs sur les membres inférieurs et purgatifs drastiques.

Les phénomènes congestifs et leurs symptômes ont disparu avec l'écoulement menstruel devenu facile et abondant.

L'hémorrhagie trop abondante envahit le corps vitré et cache la source primitive (Obs. de Lerat). Mais quelquefois, elle peut apparaître dans des circonstances particulièrement intéressantes, comme dans l'observation suivante .

OBSERVATION VI

(Communiquée par le docteur CORONAT.)

Mlle X... est âgée de 42 ans et jouit d'une bonne santé. L'acuité visuelle de l'œil droit est normale. A l'œil gauche, cataracte blanche, molle, survenue depuis un an sans traumatisme. La projection lumineuse est bonne. Les urines ne contiennent pas de sucre.

Opération au mois de novembre 1899, avec iridectomie.

Le quatrième jour, le pansement est enlevé ; la malade est très satisfaite de sa vision ; la cicatrice est formée. On place un nouveau pansement.

Le sixième jour, la malade a ses règles, qui sont normales. Elle se plaint d'une douleur à l'œil opéré. Le pansement

enlevé laisse voir une grosse hémorrhagie de la chambre antérieure, mais sans décollement de la plaie cornéenne.

Le huitième jour, plus d'hémorrhagie de la chambre antérieure, mais la malade ne voit rien : donc hémorrhagie du vitré.

On applique des sangsues aux apophyses mastoïdes, et l'on fait prendre de l'iodure de potassium.

Quelques jours après, la malade peut voir les doigts.

Nouvelles règles. Nouvelle hémorrhagie et de la chambre antérieure et du vitré. La malade ne voit plus rien. La vision s'éclaire un peu et la malade arrive à distinguer le jour de la nuit. Mais, à une nouvelle époque, la malade voit de nouveau tout noir et, depuis, elle a perdu complètement la vue de ce côté.

L'hémorrhagie rétinienne peut s'accompagner de névrite (Obs. de Galezowski, de Kay), dont le pronostic est favorable, même si elle s'accompagne de cécité complète passagère. Pourtant, Despagnet cite le cas d'une jeune femme de 31 ans, atteinte d'une atrophie partielle de la papille, sous l'influence de la dysménorrhée, sans qu'il y ait trace d'ataxie, de glycosurie, ou d'altération cardiaque. Dans l'observation de Cohn, le lendemain où devaient paraître les règles, la malade se plaignit d'hémianopsie inférieure; le gonflement de la papille ne put s'apprécier que plus tard.

La lésion n'est pas toujours appréciable à l'ophtalmoscope. Elle siège plus loin; mais l'amaurose consécutive est toujours suivie de guérison, comme le prouvent les trois observations de Brierre de Boismont, de Samelsohn, de Galezowski.

Les expériences de physiologie ont démontré que

la réplétion mécanique des vaisseaux de l'œil provoque une augmentation de la tension intra-oculaire. D'autre part, outre les efforts d'accommodation et de convergence, la congestion des vaisseaux de l'œil est connue comme cause de la progression de la myopie. Nous ne nous étonnerons donc pas de voir l'aménorrhée produire, dans un cas, l'accentuation d'une myopie déjà existante, dans le second, celle-ci apparaître à ce moment.

OBSERVATION VII

(OURSEL)

Mlle B... 35 ans, se présente à la clinique de M. Meyer, le 5 janvier 1884. Cette malade se plaint d'un affaiblissement de plus en plus marqué de la vue. Cette femme est fortement myope.

Vision : OD = — 9 avec 1/4 force vision normale.
OG = — 9 ou 1/6 force vision normale.

A l'ophtalmoscope, on constate dans les deux yeux un staphylome postérieur très étendu. Ce staphylome se prolonge à gauche jusqu'à la région de la macula. Le corps vitré présente des traces d'épanchements anciens. Cette malade nous dit avoir vu sa myopie augmenter rapidement depuis l'âge de 29 ans, époque à laquelle ses règles se sont supprimées brusquement.

Traitement antiphlogistique, sinapismes, drastiques, hygiène des myopes.

Les règles ne sont pas reparues. Cependant, sous l'influence de cette médication dérivatrice, la myopie est restée stationnaire.

OBSERVATION VIII

(Communiquée par le Dr CORONAT).

Mars 1900.

Sœur X., Ursuline, 32 ans. Très bonne santé, pas de rhumatisme, pas de maladies antérieures. Elle a toujours eu une excellente vision et voyait de très loin.

Depuis trois mois, elle s'aperçoit que sa vision diminue d'étendue.

L'examen du fond de l'œil ne dénote rien de particulier. Il semble, cependant, que la papille est un peu hyperhémée.

Myopie de deux dioptries. Avec cette correction, l'acuité visuelle redevient normale.

Dans l'interrogatoire, rien n'explique le travail pathologique qui a produit ce changement dans la réfraction des deux yeux.

Cette religieuse est professeur de musique et ne fait aucun travail excessif.

Mais la malade accuse une perturbation dans sa menstruation. Elle est toujours réglée, mais beaucoup plus irrégulièrement et moins abondamment que par le passé. Ce fait l'a frappée et a fait l'objet d'une plainte au médecin de l'établissement.

Depuis, la malade est perdue de vue.

Période de la ménopause.

Si, comme le veut l'énonciation de Brierre de Boismont, l'âge critique n'augmente pas la mortalité des femmes, il n'en est pas moins vrai que peu traversent cette période sans éprouver des malaises inaccoutumés, que la cessation des règles soit faite

brusquement ou par des irrégularités insolites de la menstruation, pendant plusieurs mois, un an, et même plusieurs années.

La seconde manière, appelée période des écarts (*dodging times*) est intéressante à connaître, car elle nous permet de classer certains cas et d'en rechercher la cause. Nous retiendrons qu'elle se caractérise par défaut des règles, dysménorrhée ou aménorrhée; par excès, métrorrhagies.

Comme nous avons éliminé les observations avec diathèse, nous devrons diagnostiquer s'il y a ici : chlorose, maladies utérines, grossesse, état cachectique.

Le cadre se complète par des symptômes fréquents dont la filière se trouve dans un état de pléthore sanguine ou de « pléthore nerveuse » (Raciborsky). Ce sont les congestions d'organes pelviens s'accusant par des pesanteurs, les signes de congestion de la tête, les symptômes nerveux.

L'âge moyen de la ménopause est à 50 ans, mais celle-ci est en rapport avec la puberté et, d'autre part, dans des circonstances particulières, peut être prématurée.

Cela jette un jour particulier sur les troubles oculaires apparus dans ces circonstances.

OBSERVATION IX

(Communiquée par le Dr CORONAT.)

M^{lle} X..., 34 ans. Ses parents sont morts d'affection inconnue. Une sœur de 36 ans, hémiplegique, atteinte d'affection cardiaque. Un frère de 30 ans, bien portant.

M^{lle} X... a une excellente santé, il n'y a à noter, dans ses antécédents, qu'un grand surmenage physique. Nous la voyons pour la première fois à la fin d'avril 1895. Elle se plaint de ne voir que très peu de l'œil gauche et c'est par hasard qu'elle a fait cette constatation. Jamais cet œil n'a été ni rouge ni douloureux. Nous ne pouvons donc avoir aucun renseignement sur le début et la marche de la maladie de cet œil.

Extérieurement l'œil gauche ne présente rien d'anormal. Mais, à l'ophtalmoscope, nous constatons d'énormes corps flottants dans le corps vitré. Les membranes profondes ne présentent rien de particulier. Comparée à celle de l'œil droit la papille paraît un peu décolorée.

L'œil droit, légèrement hypermétrope, a une acuité égale à 1.

Au mois d'août, les corps flottants du vitré de l'œil gauche ont complètement disparu. La malade n'a suivi aucun traitement. Elle n'accuse plus maintenant que la sensation de mouches volantes légères. L'acuité visuelle est de 0,1.

La vision de l'œil droit est toujours très bonne.

Le 6 novembre 1895, la vision de l'œil droit a diminué considérablement, celle de l'œil gauche s'est également abaissée. Tous les objets sont vus à travers un fort brouillard. Ce trouble de la vision, qui remonte à cinq ou six jours, est allé en s'accroissant et ne paraît pas avoir coïncidé avec une altération, même très légère, de la santé.

M^{lle} X... a eu ses règles quelques jours avant le début de la maladie, Il lui semble qu'elles n'ont rien présenté de particulier. Pas de rhumatisme, pas de syphilis, pas de stigmates d'hystérie.

Voici quel était, à ce moment, l'état de l'œil droit : Cornée normale, humeur aqueuse transparente, iris non décoloré, mais traces d'adhérences iriennes sur la cristalloïde antérieure. Ces traces forment un cercle presque complet. Le jeu de la papille, sous l'influence de la lumière, se fait normalement. Les adhérences iriennes se sont donc rompues d'elles-

mêmes, car la malade n'a jamais fait usage d'un mydriatique.

L'examen ophtalmoscopique montre un trouble grisâtre et généralisé du vitré, aussi fort au centre qu'à la périphérie. Il est impossible de rien préciser sur l'état des vaisseaux, ni sur un changement de coloration de la papille.

L'acuité visuelle est très réduite et la malade ne peut se conduire que péniblement. Le tonus paraît normal.

Il existe, dans l'œil gauche, un trouble du vitré, mais beaucoup moins intense qu'à droite. Pas de traces d'adhérences iriennes comme sur l'autre œil.

Le 25 novembre, le trouble du vitré est moins fort à droite, a disparu à gauche; on commence à distinguer, assez bien, le fond de l'œil droit; les membranes profondes et la papille ne présentent rien d'anormal.

Le 27 novembre, la malade a ses règles et le même jour le trouble du vitré augmente brusquement. Cette fois, M^{lle} X... constate une diminution très sensible de la quantité et de la durée de son écoulement menstruel.

Huit jours après, la vision s'est améliorée considérablement; le fond de l'œil droit est devenu parfaitement visible et la malade peut lire les caractères d'un journal.

Il existe un peu de photophobie.

Le 23 décembre la malade est complètement rétablie; l'acuité visuelle n'est que de 0,6 pour l'œil droit, mais, avec un verre convexe de 1 dioptrie, qui corrige l'hypermétropie de cet œil, l'acuité visuelle est de 1.

L'œil gauche est également revenu à ce qu'il était avant le mois de novembre.

Ce mois-ci, au moment de ses règles, qui sont peu abondantes, la malade n'a accusé qu'un trouble de la vision et de peu de durée.

L'examen ophtalmoscopique n'a pu être fait.

Le 14 janvier 1896, encore une fois, la vision s'est troublée. Le corps vitré est resté transparent, mais la papille des deux yeux est très injectée, ses bords ne sont plus distincts, les

vaisseaux de la rétine sont augmentés de calibre et tortueux.

Le 16 janvier, la malade a ses règles encore moins abondantes et de plus courte durée que le mois précédent.

Mlle X... qui, jusqu'ici, n'a jamais éprouvé de malaises, se plaint maintenant de céphalées intenses, de vertiges et d'oppression subites. Pendant deux ou trois jours, elle a un gonflement douloureux de toutes les articulations des doigts de la main droite.

La durée de ces phénomènes nouveaux est d'une dizaine de jours, au bout desquels tout rentre dans l'ordre.

Au mois de février, nouvelle poussée congestive légère du côté de la papille. Cette rechute se montre le lendemain de l'apparition des règles, qui sont insignifiantes.

Les troubles nerveux dont se plaint la malade persistent. Plus de céphalées, mais vertiges, oppressions subites, douleurs dans le ventre, palpitations de cœur même au repos. A l'auscultation du cœur, nous constatons de l'éréthisme cardiaque; pas d'hypertrophie, pas de souffle, un très léger dédoublement du second bruit.

Au commencement d'avril, la vision de l'œil droit est toujours $V = 0,6$ et, chose curieuse, l'acuité visuelle de l'œil gauche est de 0,4 par conséquent supérieure à celle qu'il avait avant le début de la maladie.

A la fin d'avril, la vision est restée bonne et la malade n'a constaté aucun trouble au moment de ses règles. Les troubles nerveux qu'elle accuse depuis le mois de janvier, sont moindres maintenant.

Pendant une quinzaine de jours, Mlle X... a eu des épistaxis fréquentes, mais peu abondantes. Elle a constaté également une polyurie anormale. Les urines sont normales.

Au mois de juillet, Mlle X... a pour l'œil droit une acuité visuelle de 0,8 sans verre et pour l'œil gauche 0,4. Elle n'est pas réglée depuis deux mois.

Après cette époque, les règles sont revenues petit à petit. Elle est toujours réglée et la vue est bonne.

Traitement. — Pendant les premiers mois, administration intensive d'iodure et de mercure, puis abandonnée à cause de son peu d'effet et de la certitude qu'il n'y avait pas de syphilis. On donne alors du salicylate de soude, de la pilocarpine en injections et de la quinine.

En résumé, Mlle X... a vu survenir des troubles visuels (iritis, choroïdite et congestion papillaire) qui ont été manifestement liés à des troubles de sa menstruation, une ménopause anticipée. Chez cette malade nous n'avons eu ni une véritable iritis, ni une irido-choroïdite, ni une névrite optique.

Nous savons, en effet, que l'iritis, une fois les adhérences formées, ne guérit pas sans le secours de l'atropine. Or, chez notre malade, à aucun moment, nous n'avons été obligé de recourir à un mydriatique et, cependant, il s'était formé des adhérences, qui se sont rompues d'elles-mêmes.

Nous avons eu simplement affaire à une petite poussée congestive de la couche pigmentaire de son iris. D'autre part, les troubles du vitré, alors que les symptômes de l'irido-choroïdite faisaient défaut, ne nous portent-ils pas à penser que ces troubles provenaient simplement d'une hyperhémie simple? Enfin la névrite optique que nous avons constatée chez notre malade n'a présenté non plus aucun des caractères des névrites optiques communes. Ici encore il y a eu simplement une poussée congestive bien différente de celles occasionnées par une intoxication ou une infection. Ces dernières, en effet, aboutissent presque toutes et rapidement, à l'atrophie du nerf optique.

Rien ne nous autorise à croire que, chez notre malade, un élément étranger soit intervenu pour produire des désordres oculaires. Nous pensons que ces derniers sont bien exclusivement sous la dépendance des troubles de la menstruation. Ces derniers ne sont eux-mêmes, chez une fille avancée en âge, que la conséquence de la débilité de son organisme.

L'iritis se montre fréquemment, à cette époque, toujours en affectant le même type.

OBSERVATION X

(Du docteur PEILLAIS, *in* thèse PICHAT.)

Mme T. ., propriétaire, âgée de 44 ans, vint me consulter une première fois, il y a six mois, pour une affection de l'œil gauche qu'on est convenu d'appeler iritis séreuse.

D'une famille de gouteux, elle n'a jamais éprouvé de douleurs d'aucune sorte.

Après deux mois environ de maladie, l'œil, peu injecté, supportait assez facilement la lumière ; la pupille, immobile en bas, réagissait en haut.

L'activité visuelle était réduite à $1/2$.

A l'éclairage latéral on découvrait une foule de petits points blanchâtres répartis en bas, sur la membrane de Descemet.

Dans le cas présent, je considérais l'iritis comme une complication de la ménopause.

L'année suivante, Mme T., vint à Nantes de nouveau me consulter pour une affection de l'œil droit.

Quand à l'œil gauche, complètement guéri, il avait recouvré une acuité visuelle de $2/3$.

Au bout de trois semaines, une hémorrhagie envahit la chambre antérieure de l'œil droit, et de façon la plus inattendue, sans provoquer ni douleur, ni injection périkératique. La résorption, cette fois, se fit avec une certaine lenteur. Trois semaines s'étaient écoulées qu'on voyait encore, teintés de rouge, des débris d'épithélium ou de molécules graisseuses qui flottaient dans la chambre antérieure. J'ai vu récemment la malade, qui possède une bonne vision des deux yeux.

OBSERVATION XI

(Malade de la clinique du Dr CORONAT.)

Sœur S... âgée de 55 ans. Réglée à 16 ans, et régulièrement depuis. Bonne santé habituelle. La disparition des règles s'est faite tout d'un coup à l'âge de 52 ans. En même temps qu'elle éprouvait des pesanteurs dans le ventre, un paquet hémorroïdal douloureux, jusque-là inaperçu, est apparu.

Iritis O.G.D. Une poussée presque tous les mois. Première atteinte, il y a deux ans, durant quatre à cinq jours, et s'accompagnant de douleurs assez vives. Il y avait un an que les règles avaient disparu.

Rien au fond des yeux.

Nous pourrions citer encore l'observation d'une demoiselle âgée de 42 ans, dont l'iritis revêt des caractères assez semblables. Une iridectomie a été faite à l'œil droit par un praticien étranger, et n'a donné aucun résultat favorable. Les poussées d'iritis de l'œil gauche sont améliorées par une hygiène sévère. Et beaucoup d'autres se présentent dans ces conditions.

Telle l'observation de Gendron. Il s'agit d'une dame de 49 ans. Avec des irrégularités des règles paraissent de légers troubles visuels, un peu de brouillard. On ne constate encore que de légers flocons du corps vitré. « Les mois suivants, l'irrégularité des règles s'accroît, elles manquent parfois, mais, ce qui ne manque jamais, ce sont les troubles des yeux. A chaque époque menstruelle, ou bien les règles viennent difficilement et sont accompagnées de nouvelles poussées oculaires, ou bien elles sont remplacées par ces poussées ». On peut diagnostiquer ensuite une choréïdite avec participation irienne. Les règles se suppriment complètement. Quelques temps après la vision s'améliore.

Telle l'observation de Middlemore (*in* Cohn).

En effet, on voit très souvent des femmes ayant dépassé la cinquantaine venir se plaindre de troubles de la vision, qui ont apparu si lentement qu'ils n'ont pas attiré l'attention des malades au début même. Si bien que l'examen des yeux montre déjà des lésions anciennes.

Il n'y a, en effet, ni phénomènes inflammatoires, ni phénomènes douloureux,

Il faut que la vision soit altérée, pour que des plaintes soient formulées. Généralement, c'est une faiblesse de l'acuité visuelle pour les objets éloignés, ou la difficulté pour faire des travaux minutieux. Rarement les malades se plaignent de mouches noires, à moins que le mal soit déjà ancien. Toujours ils se plaignent d'*iritis chronique*, avec adhérences, plus ou moins nombreuses, de l'iris au cristallin.

Jamais on ne constate pareil phénomène chez un homme. Il s'agit toujours de femmes déjà âgées, presque toujours de femmes de classe aisée ou ayant une existence paisible, souvent des religieuses ou des vieilles filles. Jamais nous n'avons constaté cette affection chez la femme de la campagne.

Si l'affection n'est pas trop ancienne, on constate simplement des adhérences de l'iris au cristallin; les autres milieux ou membranes sont intacts. La vision est plus ou moins altérée suivant que la pupille a été plus ou moins envahie par des exsudats iriens. L'affection est toujours bilatérale.

Plus tard on voit la choroïde elle-même devenir malade, et l'humeur vitrée se troubler. La rétine participe alors au même processus de destruction. Les artères sont petites, filiformes et la papille devient exsangue. Tout ce travail met des années à se faire; la grande caractéristique est qu'il se fait sans tapage; pas de rougeurs des yeux, pas de douleurs.

Grandclément a appelé cette iritis chronique du nom *d'uvéite*, d'autres lui conservent le nom d'iritis chronique.

Ni l'une ni l'autre de ces dénominations n'est exacte, car il s'agit d'un processus pathologique qui intéresse l'œil entier, ayant une marche déterminée et des caractères propres, n'appartenant ni à l'iritis ni à la choroïde, etc. Les ouvrages classiques ne parlent pas, ou très peu de cette affection, qui reste confondue dans la description des iritis.

Ce sont des femmes âgées, étant à la ménopause ou l'ayant dépassée. Au début, elles viennent pour

réfraction et, quoique ayant un peu d'hypermétropie avec presbyopie, elles ont encore une bonne acuité visuelle. L'examen complet décèle alors quelques adhérences de l'iris sans autre lésion. Quelle part revient aux diathèses, rhumatismale ou syphilitique, si elles existent ? Impossible de le dire, mais nous ferons remarquer simplement :

1^o La chronicité du mal et son caractère indolore.

2^o Sa non-apparition chez l'homme.

3^o Sa venue chez la femme après la ménopause et, très certainement son début au moment où la ménopause s'établit.

4^o Son apparition chez des femmes dont l'activité de la vie génésique a été faible.

Certains de ces caractères ne portent-ils pas à penser que cette affection est nettement liée à la vie utérine des malades.

Pargoire cite un cas de glaucome survenu dans ces conditions et qui guérit assez bien. La névrite optique a été observée deux fois par Galezowski avec tous ses caractères ophtalmoscopiques. De là, l'idée du traitement institué, appel du sang vers les organes pelviens aux époques présumées, qui amena un résultat favorable.

Cette tendance à la guérison apparaît encore dans l'observation suivante de décollement de la rétine, mais il y eut une cause adjuvante néfaste : la myopie.

OBSERVATION XII

(Communiquée par le Dr CORONAT.)

Au mois d'avril 1895, j'ai soigné madame X..., âgée de 47 ans, pour un décollement de la rétine, O. G.

Cette malade, femme de médecin, a des yeux myopes de 12 dioptries. Bonne santé habituelle, pas de passé pathologique; 3 enfants bien portants. Le décollement s'est produit en pleine période menstruelle qui, à ce moment, ne présente rien d'anormal.

Pas de lésion du fond des yeux; un très petit staphylome O. D. G.

La malade est au lit dans la chambre noire; atropine et injection de pilocarpine.

Après un mois de ce repos absolu, le décollement avait progressé et était devenu très étendu.

La malade se lève. Deux jours après, plus de décollement; la vision redevient absolument ce qu'elle était avant l'accident.

En janvier 1899, débuts de la ménopause avec troubles nerveux assez accentués, nausées, vomissements, bouffées de chaleur, etc.

Nouveau décollement O.D. à une époque où les règles font défaut, cette fois à l'œil droit, rien au gauche.

Repos dans un fauteuil; pointes de feu sur la sclerotique; infusion de jaborandi. Aucun résultat.

La nouvelle époque menstruelle survient. L'écoulement sanguin, cette fois, fait son apparition quoique peu abondant. Le décollement qui est à la partie supérieure du globe oculaire disparaît pour se faire à la partie inférieure, mais beaucoup plus limité et petit.

On fait une injection sous-cutanée de pilocarpine le jour après la cessation des règles. Le lendemain, disparition du décollement. Cette guérison persiste jusqu'à la nouvelle

période menstruelle, qui arrive peu abondamment. Nouveau décollement qui tient la région maculaire et la région inférieure.

Nouvelle injection de pilocarpine, qui amène une amélioration. Mais le décollement surgit encore à une nouvelle époque, et cette fois ne disparaît plus. Les injections de pilocarpine n'ont plus d'influence.

La ménopause s'est complètement établie depuis.

Le décollement ne s'est pas étendu et reste limité à la macula et au quadrat inféro-interne de la rétine. Nous avons revu la malade bien des fois depuis et tout reste sans changement.

Il est incontestable que la cessation de la fonction menstruelle a été la cause réelle du décollement. La myopie a été cause adjuvante.

Charles Higgens décrit comme une forme à part l'asthénopie chez certaines femmes à l'âge de la ménopause. Elle atteint, le plus souvent, les yeux hypermétropes ou, tout au plus légèrement myopes, au moment où l'accommodation arrive à être sérieusement insuffisante. Elles sont toutes atteintes de troubles menstruels marqués, et la guérison arrive tout naturellement lorsque, la période critique passée, elles prennent des habitudes et des verres appropriés. Il en cite neuf observations que nous avons traduites ; nous en relaterons deux seulement.

OBSERVATION XIII

(Trad. inéd., Charles HIGGENS.)

Mme J..., âgée de 46 ans. Mai 1875. Les yeux ont été irritables et douloureux de temps à autre, et ont été incapables

de faire un travail rapproché depuis un an environ. Aucune amélioration n'a été obtenue par l'emploi des verres. Les deux yeux étaient myopes, $\frac{4}{20}$; $v = \frac{20}{20}$. L'ophtalmoscope montrait une hyperhémie des disques optiques et de la rétine. La menstruation était très irrégulière et, de temps à autre, exagérée. On lui ordonne — 20 pour regarder de loin et écrire; de reposer ses yeux autant que possible et de ne pas employer de verres pour lire, etc; de baigner ses yeux avec une décoction froide de têtes de pavots et d'eau glacée à l'occasion. Cette malade resta en observation, mais l'état de ses yeux resta le même pendant les deux années suivantes. La guérison a, depuis, pris place et la menstruation a cessé, ou à peu près complètement.

OBSERVATION XIV

(Trad. inéd. HIGGENS.)

Mme P..., âgée de 47 ans. Novembre 1875. Les yeux ont été irritables et plus ou moins douloureux depuis deux ans et, durant tout le temps, le travail de près a été complètement impossible, en dépit de l'usage de verres de divers degrés. La menstruation était irrégulière, mais n'avait pas cessé. C'était, manifestement, de l'hypermétropie, $\frac{4}{30}$; $v = \frac{20}{20}$. Elle se servait de verres + 30, mais était obligée de se servir de + 18 pour lire. A la fin des travaux, elle se plaignait que ses yeux lui faisaient plus mal que jamais, plus spécialement après l'usage des verres; ils furent, par conséquent, changés pour + 24, avec un léger bénéfice.

Chez les malades qui restèrent en observation, la guérison s'établit aussitôt que l'âge critique fut passé. Elles se plaignaient de fatigue des yeux, accompagnée quelquefois de céphalalgie et de symptômes ner-

veux généraux. La plupart étaient des hypermétropes, mais l'usage des verres n'apportait guère d'amélioration; avec eux, la fatigue oculaire persistait et, encore, fallait-il ne pas corriger entièrement le défaut de réfraction et laisser du jeu à l'accommodation.

CHAPITRE III

Pathogénie

L'histoire pathogénique de ces troubles oculaires peut se ranger sous quelques chefs, résumant les diverses opinions pivotant autour de la même idée.

Dans une première phase, on les explique par la congestion et l'anémie, produites elles-mêmes par voies réflexes, ou par des variations de la masse du sang.

Avec Trousseau et de Wecker, c'est la théorie microbienne : pénétration de microbes dans la circulation générale, diffusion de ceux-ci et localisation dans un organe « de moindre résistance ». Grandclément semble admettre une auto-intoxication par insuffisance du filtre rénal ; Panas admet des produits toxi-infectieux pour les cas où il n'y a pas embolie microbienne.

Dehenne affirme la nécessité d'une diathèse. Mais il y a des observations sans diathèse. D'autre part, s'il existe des observations sérieuses d'iritis consé-

cutives à des métrites, on ne peut généraliser, car, combien sont nombreuses les femmes porteuses d'annexes infectés !

L'expérimentation, dans les mains de de Wecker, fournit une maigre preuve. Les inoculations, faites directement dans l'œil du lapin, avec des produits de raclage d'endométrite, n'ont donné lieu qu'à une faible réaction inflammatoire, de sorte qu'elles ont plutôt indiqué une faible virulence des sécrétions oculaires et utérines.

Nous n'avons pas compétence pour trancher les débats. Nous émettrons, toutefois, les réflexions suivantes.

On peut dire que le trouble circulatoire, ou état congestif, est constant, et qu'il est produit, soit par voie réflexe, soit par variation de la masse du sang, soit par pléthore sanguine (ménopause). Ce premier temps de l'inflammation sera nécessairement suivi d'exsudat inflammatoire, s'il y a infection. Mais l'exsudat peut être d'origine mécanique, dont la cause est une gêne de la circulation, s'il s'y ajoute une toxine microbienne ou une congestion active. Exemple : la ligature des trois principales veines de l'oreille, chez un lapin, ne provoque l'œdème du pavillon que si, en même temps, on injecte sous la peau quelques gouttes de la culture stérilisée d'un microbe, comme le *proteus vulgaris*, ou si l'on arrache le ganglion cervical supérieur du grand sympathique (Roger).

Or, il existe une expérience de Brown-Sequard (1854) prouvant qu'un simple afflux de sang à la tête

peut être suivi d'effets semblables à ceux de la section du nerf grand sympathique.

Par trouble circulatoire et nerveux, l'œil devient ainsi un véritable *locus minoris resistantiæ*. La diathèse pourra facilement s'implanter, les germes infectieux s'y développer et les troubles de la nutrition générale avoir une influence fâcheuse sur les éléments des membranes de l'œil. C'est ainsi que pourraient agir les troubles de la menstruation et la ménopause, puisqu'il est établi que le sang menstruel concourt à diminuer l'excès de carbone du sang.

De plus, l'expérience de Brown-Sequard montre, sous cet état congestif, la contraction des muscles droits interne et inférieur, oblique inférieur, ce qui tire le globe oculaire en bas et en dedans. Cela expliquerait encore le soulagement qu'ont éprouvé certaines malades de Charles Higgins à porter des verres bleus, ou neutres, au moins décentrés du côté interne, de façon à faire l'effet de prismes divergents, et ainsi à soulager les muscles droits internes.



CHAPITRE IV

Diagnostic et pronostic

En face d'une affection oculaire apparaissant chez une femme sans cause connue, l'attention doit se porter du côté de la fonction des organes génitaux. Comme signes plus spéciaux elle doit s'appuyer sur la brusquerie du début, mais sans éclat, la rapidité relative de la marche des accidents, la torpeur des phénomènes réactionnels.

L'iritis est souvent prise pour la conjonctivite, l'atropine est nécessaire pour déceler les adhérences qui cèdent en général, assez facilement, mais qui sont déjà nombreuses. Nous ne discuterons pas sur les signes distinctifs.

Pour les lésions dont nous parlons le point fondamental du diagnostic est dans la connaissance des faits étiologiques.

Le pronostic est variable suivant les cas. En général il se tire du genre d'affection lui-même et de la rapidité plus ou moins grande avec laquelle le trouble menstruel disparaîtra.

CHAPITRE V

Traitement.

Le traitement doit être, dans, chaque cas ce qu'il est ordinairement. On ne soignera pas différemment une affection oculaire, ni une dysménorrhée. Il y aura seulement concours et aide des différents moyens thérapeutiques.

Nous ne prendrons qu'un exemple à l'appui : amélioration efficace qu'a obtenue Galesowski, dans ses deux cas de névrite optique, par l'émission sanguine, au périnée, à l'époque présumée des règles.

Puisqu'il nous semble qu'un trouble de la nutrition domine la scène, on s'attachera à tonifier les malades; à la femme qui est à la ménopause on prescrira une hygiène en rapport, pour lui aider à franchir cette époque difficile.

CONCLUSIONS

Nous pouvons tirer les conclusions suivantes de ce qui précède :

I. — Il existe des troubles oculaires en rapport avec les troubles de la menstruation et la ménopause, sans qu'il y ait nécessairement diathèse du sujet ou infection des annexes.

II. — Il est important d'établir leur origine, pour trouver l'explication de leur périodicité et un traitement efficace.

III. — Il semble qu'ils soient sous la dépendance d'un trouble de la nutrition, sans qu'il soit possible d'affirmer nettement sa nature.

IV. — Le traitement doit s'adresser : au trouble menstruel, à l'état local de l'œil, à l'état général du sujet.

VU :

Le président de la Thèse,
LAROYENNE.

VU :

Le Doyen,
LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université
GABRIEL COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BRIERRE DE BOISMONT. — Traité de la menstruation.
- DEPAUL et GUÉONIT. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (art. Menstruation).
- BROWN-SEQUARD (1854). — Expériences prouvant qu'un simple afflux de sang peut être suivi d'effets semblables à ceux de la section du grand sympathique (*Annales d'Oculistique*, 1848).
- DENIS. — Etude sur la nature et le traitement de certaines formes d'irido-choroïdites (Thèse, Paris, 1853).
- BARIE. — Etude sur la ménopause (Thèse de Paris, 1877).
- Charles HIGGENS. — De l'asthénopie chez les femmes à l'âge de la ménopause (*The British medical Journal*, 1878 t. II).
- Charles JANOT. — Contribution à l'étude des rapports morbides de l'œil et de l'utérus (Thèse, Montpellier, 1892).
- PICHAT. — De l'hémorrhagie dans l'iritis (Thèse, Paris, 1896).
- VIGNES et BATUAND. — Irido-choroïdite plastique à poussées menstruelles (*Archives ophtalm.*, 1896, page 432).
- PANAS. — Le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires (Rapport au Congrès d'Ophtalmologie, mai 1897).
- G. MAZET. — De l'iritis métritique (*Annales d'Oculistique*, novembre 1898).

